

# **Competências emergentes na prática de Enfermagem: Ofensa sexual de crianças**

Luísa D. A. Caixinha

Sob orientação da Professora Doutora Teresa Magalhães e  
coorientação da Enf.<sup>a</sup> Maria Piedade Pinto

---

## **INTRODUÇÃO**

A ofensa sexual (OS) é considerada uma das maiores ameaças para a segurança, bem-estar e normal desenvolvimento de uma criança. Prevenir e atuar adequadamente numa situação deste tipo implica uma abordagem multidisciplinar e um esforço e cooperação entre as entidades com competência nesta matéria, os diversos profissionais que possam intervir, a família das vítimas e a sociedade em geral (Magalhães T e col., 2009).

Em diversos contextos, o enfermeiro pode ser o primeiro profissional de saúde a contactar com a criança vítima de OS. Nesse caso, o seu papel será primordial na resposta à situação de OS, possibilitando, quando detetada a situação, que se efetive todo o processo de tratamento e proteção da criança, bem como a necessária investigação criminal.

Contudo, a sua participação neste processo pressupõe uma adequada formação específica na matéria em apreço, de modo a garantir uma resposta eficiente a situações de OS de crianças. Além disso, a participação do enfermeiro poder-se-á estender à cooperação na intervenção forense mais alargada, uma vez que os procedimentos relativos à colheita e preservação de eventuais vestígios físicos e/ou biológicos poderão integrar-se, também, no exercício da sua atividade em contexto clínico e hospitalar (dado que, em certos casos, ainda que raros, poderá ser o médico hospitalar e não o perito médico forense, a conduzir os procedimentos iniciais nestes casos, com vista à recolha da prova).

A prática da Enfermagem Forense (EF) teve origem nos Estados Unidos da América (EUA) e emergiu das ciências forenses, designadamente da medicina legal, desenvolvendo-se com um benefício mútuo e numa atitude de colaboração, onde o conhecimento e a responsabilidade são partilhados, no sentido de alcançar objetivos comuns (Lynch VA, 2011).

Portugal, embora oferecendo alguns programas educacionais na área da EF, carece, ainda, de um modelo normativo que formalize a atividade do enfermeiro nas intervenções de natureza forense.

***Novo paradigma na prática de enfermagem: a Enfermagem Forense***

O crime e a violência são elementos constituintes de dois sistemas poderosos que se interseitam – a saúde e a justiça –, comprometendo o bem-estar e segurança de todas as sociedades. Logo, a prevenção e a redução da criminalidade requerem uma abordagem multidisciplinar (Pyrek KM, 2006).

A violência sexual constitui um problema global, que ocorre em qualquer cultura, em qualquer estrato social e em qualquer país do mundo (Pyrek KM, 2006). *A suspeita, detecção, sinalização/denúncia, diagnóstico, tratamento e proteção das vítimas destes crimes são passos fundamentais para evitar ou minimizar as suas graves consequências físicas e psicossociais* (Magalhães T, 2010).

Os profissionais de saúde, no âmbito da sua prática profissional, são frequentemente confrontados com situações cuja perspetiva legal requer uma abordagem adequada e proficiente. Os enfermeiros, no exercício da sua profissão, poderão ter como objeto da sua intervenção comportamentos humanos extremos de violência interpessoal, tais como maus-tratos, violência sexual, violência doméstica, negligência ou catástrofes, entre outros. Logo, cada lesão, doença ou até mesmo morte, poderá ter implicações médico-legais. A sua intervenção não se deve, pois, limitar à prestação de cuidados físicos e emocionais (Lynch VA, 2011), chamando antes à sua prática uma nova perspetiva de abordagem holística do paciente: o corpo, a mente, o espírito e a lei (Lynch VA, 2006).

Assim, o enfermeiro deverá possuir conhecimentos e competências para identificar os sinais sugestivos de violência humana de origem criminosa e conduzir a sua intervenção no sentido de auxiliar a promoção da justiça. A falha no reconhecimento das implicações forenses de certas situações poderá comprometer toda a investigação, ao deixar por responder questões de extrema relevância relacionadas com o trauma ocorrido (Lynch VA, 2011) ou ao não contribuir para a preservação de vestígios ou outras evidências de um crime.

Devido à inexistência de formação forense no ensino da enfermagem generalista, estas questões poderão ser negligenciadas e os vestígios, ou outras provas, perdidos. Uma sólida instrução forense fornecerá um elo vital no desenvolvimento das competências necessárias para intervir de forma adequada, perspetivando o aumento de recursos humanos, que são muitas vezes insuficientes e poderão levar à destruição de provas, atrasos de tempo da resposta médica e a falhas nos processos judiciais (Lynch VA, 2011).

A enfermagem complementa a medicina e ambas evoluem em resposta a novas exigências da sociedade. Assim, importa estender à enfermagem a interdisciplinaridade, o apoio e a assistência, para incluir o perito médico forense e o enfermeiro forense numa unidade cooperativa (Lynch VA, 2006).

Após a sua prática informal durante algumas décadas, a EF foi finalmente reconhecida, em 1991, nos Estados Unidos da América, como uma disciplina científica, pela *Academia Americana de Ciências Forenses (AAFS)* e constitui, desde 1995, com o reconhecimento da *Associação Americana de Enfermeiros (ANA)*, uma especialidade inovadora que visa responder a questões de saúde com componente forense (Lynch VA, Duval JB, 2010).

A EF é definida, pela *Associação Internacional de Enfermeiros Forenses (IAFN)*, como a aplicação das ciências forenses e da lei aos cuidados de saúde, segundo a perspetiva holística, pelo enfermeiro especializado, em contexto hospitalar ou institucional. O enfermeiro forense é o profissional de saúde com

formação especializada na identificação e caracterização da lesão de origem criminosa, na colheita e preservação de vestígios, manutenção da cadeia de custódia, tratamento do trauma, e na intervenção em questões relacionadas com a morte (Jackson J, 2011).

Em 1997, a *IAFN* e a *ANA* desenvolveram e publicaram um compêndio de padrões e normas – *Scopes and Standards of Practice* - que regulam, orientam e definem os papéis da EF nos Estados Unidos da América (Lynch VA, Duval JB, 2010).

O desenvolvimento de diretrizes nacionais, internacionais e interdisciplinares, no âmbito da EF, poderá promover a excelência profissional dos enfermeiros na realização de exames forenses e, desta forma, o melhor sucesso dos processos judiciais (Lynch VA, 2006).

### ***Subespecialidades: vertentes da intervenção forense***

Tal como na prática tradicional da enfermagem, onde poderá ser reconhecida competência científica, técnica e humana ao enfermeiro para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas, o mesmo sucede com a EF nos EUA.

Desde o reconhecimento da EF como especialidade, que foram definidas diferentes áreas de atuação do enfermeiro forense, e estabelecidas as seguintes subespecialidades (BouHaidar R e col., 2004):

- a) *Sexual Assault Nurse Examiner (SANE)*: o enfermeiro como elemento da equipa multidisciplinar de assistência a vítimas de crimes sexuais;
- b) *Legal Nurse Consultant*: o enfermeiro é consultor e poderá, inclusivamente, trabalhar com juristas e em agências de advogados;
- c) *Medical Examiner Nurse Investigator*: o enfermeiro tem competências para participação no processo de investigação criminal, procedendo à avaliação da cena do crime, fotodocumentação, colheita de provas e de outros aspetos relacionados com a morte ocorrida;
- d) *Custody Care Nurse*: o enfermeiro presta cuidados a detidos ou arguidos em contexto extra-hospitalar (departamentos de polícia);
- e) Outros: Serviços de Doação de Órgãos e Tecidos, estabelecimentos prisionais, etc.

Inicialmente, nos EUA, as vítimas de OS eram assistidas por médicos ou enfermeiros com pouco conhecimento e informação nas questões de natureza forense (Fagan MM e col., 2003). Os primeiros programas de formação em sexologia forense para enfermeiros surgiram em 1974, promovidos por um comité de médicos e agentes das forças de segurança, que determinaram que o enfermeiro poderia ser o profissional clínico ideal para a colaboração na realização de exames de natureza sexual. Como resultado da concretização destes programas, verificou-se um atendimento mais atempado à vítima e uma redução de encargos desnecessários para os médicos nos serviços de urgência, quando o tratamento e intervenção médica não são necessários (Lynch VA, 2011).

Efetivamente, os enfermeiros forenses poderão adquirir competências e focar a sua prática nos cuidados à criança ou adulto vítima de OS. O enfermeiro examinador - *Sexual Assault Nurse Examiner (SANE)* – é formado para identificar, documentar, recolher e preservar vestígios, com manutenção da cadeia de

custódia, além da prestação de cuidados de saúde generalistas, em serviços de urgência ou materno-infantis (Lynch VA, 2006). Estes enfermeiros estão igualmente preparados para testemunhar em tribunal (Lynch VA, 2011).

Esta subespecialidade foi oficialmente reconhecida em 2001, pela ANA (Wilkinson AK, 2011) e o título *SANE* é obtido através de programas de pós-graduação e outras formações credenciadas ou, embora menos frequente, através de programas de mestrado ou de doutoramento. A *IAFN* definiu, entretanto, *guidelines* educacionais que estabelecem o nível mínimo de instrução dos programas de formação *SANE* (Taylor WK, 2002).

### ***Ofensa sexual de crianças: o enfermeiro como elemento interventivo***

A OS de crianças traduz-se por qualquer tipo de contacto sexual com uma criança, manipulado ou sob coação, perpetrado por adulto ou criança mais velha, no seu contexto familiar ou extra familiar. Este tipo de prática configura um crime e inclui um grande espectro de comportamentos, desde a ofensa sem contato físico, aos mais intrusivos, onde podem ocorrer práticas de penetração oral, anal ou digital, com ou sem violência física associada (Magalhães T e col, 1998).

Estima-se que, de acordo com as estatísticas de 2006 da Organização Mundial de Saúde (OMS), 150 milhões de raparigas e 73 milhões de rapazes, com idade inferior a 18 anos, foram vítimas de OS ou de outras formas de violência envolvendo contacto físico sexual (Magalhães T e col., 2010).

O enfermeiro poderá ser o primeiro profissional de saúde a contactar com a criança vítima de OS, o primeiro a dialogar com a família e o primeiro a lidar com os vestígios físicos e/ou biológicos. É através desta oportunidade única de o enfermeiro se encontrar na linha da frente da intervenção com crianças vítimas de OS, que poderá dar o seu especial contributo (Lynch VA, 2006).

Os enfermeiros deverão estar atentos aos sinais e sintomas de OS: o elemento fundamental da prática forense é a deteção e sinalização/denúncia da mesma (Lynch, 2006). A fase inicial da descoberta da OS, ou seja, o momento da suspeita ou deteção é crucial para o apuramento da verdade (Magalhães T e col., 2010), exigindo-se conhecimentos específicos para tal. São exigidas, também, sensibilidade e consciencialização, relativamente ao dever de sinalização/denúncia de uma suspeita de OS. O dever de comunicação da suspeita de um crime público (como é o caso dos abusos sexuais de pessoas de menor idade), aplica-se à população geral, através do artigo 66º da Lei nº 147/99, de 1 de setembro, e está prevista a obrigatoriedade da sua denúncia, pelos funcionários públicos ou equiparados, nos termos do artigo 242º do Código do Processo Penal (Magalhães T e col., 2010). O reconhecimento de que poderão existir vestígios (físicos e/ou biológicos) é uma das capacidades mais importantes do enfermeiro que presta cuidados a vítimas de OS (Saunders L, 1998; Goll-McGee, B 1999; Hoyt C, 1999; Sharma BR, 2003 cit in McGillivray B, 2004), pois estes poderão ser perdidos se estes profissionais de saúde não estiverem despertos para a sua presença e/ou importância (Sharma BR, 2003). O âmbito de intervenção destes enfermeiros poderá, ainda, estender-se (Taylor WK, 2002): à documentação de dados relativos à ocorrência da OS; à análise, documentação e fotodocumentação de lesões; à colheita de vestígios físicos e biológicos;

à manutenção da cadeia de custódia; ao tratamento de lesões; à prevenção, avaliação e tratamento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); à avaliação do risco de gravidez e sua prevenção.

### ***Enfermagem Forense: perspectiva geral***

Inicialmente, os primeiros programas de formação em EF encontravam-se limitados aos EUA (Lynch VA, 2006). Atualmente, alguns programas encontram-se implementados ou em desenvolvimento em países como o Canadá, Austrália, Reino Unido (incluindo Inglaterra, Escócia, e Irlanda), Suécia, Suíça, Itália, Holanda, Alemanha, Espanha, Portugal, Turquia, El Salvador, Honduras, Porto Rico, Peru, Singapura, Japão, Malásia, Tailândia, China, Arábia Saudita, Paquistão, Irão, Índia, Brunei, África do Sul, Quênia e Zimbabué (Lynch VA, 2011).

Em alguns países, incluindo o Reino Unido, existiu, inicialmente, alguma disparidade no conceito de EF. Ao enfermeiro que praticava a enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental era atribuído o estatuto de enfermeiro forense. Estes enfermeiros não desempenhavam qualquer papel no âmbito da investigação do crime, nem participavam nos procedimentos forenses. Atualmente encontram-se criadas as especialidades de *SANE* e de *Custody Care Nurses*, constituindo a última a especialidade com mais seguidores (BouHaidar R, 2004).

A escassez de recursos humanos em saúde, nomeadamente de médicos, em países como a África do Sul, Índia, Turquia, Japão, Brunei, Singapura e Paquistão, conduziu a avanços significativos no desenvolvimento e concretização de programas na área da EF. Os primeiros programas *SANE* emergiram da necessidade de colmatar as dificuldades técnicas e humanas existentes, aos dotar os enfermeiros de competências para uma adequada e atempada assistência às vítimas de crimes sexuais (Lynch VA, 2000 cit in Rutty J, 2006).

A *IAFN*, fundada em 1992, é uma organização americana cuja missão é desenvolver e promover o ensino da ciência da EF pelos diversos países, com a definição clara do papel do enfermeiro forense e da base ética da sua intervenção. A *IAFN* conta com mais de 2000 membros em 11 países (BouHaidar R, 2004).

Em Portugal, os primeiros programas oficiais de formação em EF surgiram em 2009, através de cursos de pós-graduação. No entanto, a intervenção dos enfermeiros em questões forenses não se encontra regulamentada, nem o seu papel definido, não sendo, portanto, reconhecidas aos enfermeiros portugueses, competências para a intervenção na área forense.

### ***Objetivos***

Este trabalho tem como objetivo geral, conhecer as perceções dos enfermeiros portugueses quanto às suas competências no reconhecimento e intervenção em questões médico-legais e forenses inerentes à sua prática profissional, tais como a OS de crianças.

Os objetivos específicos são: (a) identificar a necessidade de uma formação específica e/ou especializada na área forense; (b) identificar a necessidade de uma maior sensibilização para a importância do encaminhamento correto, atempado e eficiente dos casos de OS de crianças; (c) conhecer as perceções quanto às competências dos enfermeiros para o desenvolvimento de um papel ativo e cooperante na abordagem à criança vítima de OS; (d) estabelecer se existem diferenças significativas entre os enfermeiros que possuem formação na área forense e os que não possuem, relativamente às competências que sentem ter para a intervenção em casos de suspeita de OS.

## MATERIAL E MÉTODOS

A amostra foi selecionada através da técnica de amostragem não probabilística intencional e foi constituída por 135 enfermeiros ( $N=135$ ). Os critérios de inclusão foram os seguintes: ter exercido/exercer a sua atividade profissional em qualquer instituição<sup>1</sup> pública ou privada, em Portugal e no âmbito das suas funções, ter prestado ou prestar cuidados a crianças com idade inferior a 14 anos.

Foi criado um instrumento de colheita de dados, que consistiu num questionário anónimo e confidencial. As respostas foram recolhidas *online* entre 12 de junho e 27 de junho de 2013. Para tal, o estudo foi divulgado via *e-mail*, pela Ordem dos Enfermeiros, a todos os seus membros ativos, com *link* de acesso ao questionário.

O questionário foi composto por 28 perguntas fechadas, distribuídas por 4 Secções: I – Dados sociodemográficos do(a) respondente; II – Suspeita e sinalização/denúncia da OS; III – Abordagem da criança alegadamente vítima de OS; IV – Perceção sobre o papel do(a) enfermeiro(a).

Os dados foram organizados, processados e analisados, utilizando procedimentos estatísticos com recurso ao programa informático de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* 19 (SPSS) para o *software Windows*, para a inferência das principais conclusões desta investigação.

Foi utilizado o teste paramétrico *t-Student* para verificação da significância das diferenças entre os valores médios das variáveis quantitativas observadas para os grupos de variável dicotómica, o teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para averiguar a existência de diferenças entre a distribuição dos valores das variáveis quantitativas para cada um dos grupos variável dicotómica e o teste Qui-quadrado de *Pearson* para inferir se existe relação entre variável nominal e cada variável ordinal, ou se são independentes. O valor de 0.05 foi o valor de referência utilizado para testar as hipóteses, ou seja, para estabelecer a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

---

<sup>1</sup> Serviços de Pediatria, Serviços de Urgência/Urgência Pediátrica, Centro de Saúde, Unidade de Saúde Familiar, Unidades Básicas de Saúde e/ou outras instituições de prestação de serviços de saúde infantil, em Portugal.

**RESULTADOS*****Dados sociodemográficos***

Os dados sociodemográficos dos respondentes estão descritos na tabela 1.

A maioria dos respondentes pertence ao sexo feminino ( $n=104$ ; 77%) e a idade apresenta um valor médio de 37.6 anos (Min=20; Max=60; SD=10), com uma dispersão de valores de 27%. O tempo de exercício de enfermagem apresenta um valor médio de 14.8 anos (Min=1; Max=42; SD=10.11), com uma dispersão de valores de 68%. Na amostra, 74% dos enfermeiros são licenciados e 53% possuem especialização, sendo a mais representada a especialização em “Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica” (33.8%); 81% exerce a sua atividade profissional no setor público. Os distritos onde trabalha a maioria são Lisboa (22%), Santarém (21%) e Porto (13%). Apenas 10% possui ou se encontrava a frequentar (à data do estudo), alguma formação em medicina legal/ ciências forenses.

**Tabela 1** Dados sociodemográficos dos respondentes

Variáveis <i>N=135</i>	Frequência absoluta ( <i>n</i> )	Frequência relativa (%)
<b>Idade</b>		
20 - 35	65	48.2
36-50	47	34.8
> 50	23	17.0
<b>Tempo de exercício profissional</b>		
≤ 10	53	39.3
11-30	69	51.1
31-40	12	8.9
> 40	1	0.7
<b>Habilitações académicas</b>		
Licenciatura	100	74.1
Mestrado	34	25.2
Doutoramento	1	0.7
<b>Especialização</b>		
Não	64	47.4
Sim	71	52.6
Enfermagem Comunitária	12	16.9
Enfermagem Médico-cirúrgica	13	18.3
Enfermagem de Reabilitação	7	9.9
Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica	24	33.8
Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica	11	15.5
Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica	4	5.6
<b>Setor onde exerce a atividade profissional</b>		
No setor público	108	80.6
No setor privado	17	12.7
No setor social	2	1.5
Nos setores público e privado	7	5.2
<b>Principais distrito(s) onde exerce a atividade profissional</b>		
Braga	9	6.7
Lisboa	29	21.5
Porto	17	12.6
Santarém	28	20.7
Setúbal	9	6.7
<b>Ter/frequentar formação em medicina legal/ciências forenses</b>		
Não	122	90.4
Sim	13	9.6
Pós Graduação em Enfermagem Forense/Ciências Forenses	5	38.46
Outros	8	61.54

**Suspeita e sinalização/denúncia da ofensa sexual**

Na amostra, 43% ( $n=58$ ) dos enfermeiros foram confrontados alguma vez, no âmbito da sua atividade profissional, com a suspeita de uma criança ser vítima de OS, tendo 98% ( $n=57$ ) dessas suspeitas surgido no setor público. Nesta subamostra, apenas 7% ( $n=4$ ) destes enfermeiros possuía ou se encontrava a frequentar uma formação em medicina legal/ciências forenses em algum dos momentos em que suspeitou estar perante um caso de OS. O fundamento para a suspeita mais assinalado foi “Na revelação da ofensa por pessoa próxima da criança (e.g. familiar, professor, amigo, colega)” com 60% ( $n=35$ ) dos casos; 72% ( $n=42$ ) comunicaram os casos de suspeita a alguma entidade competente, tendo a sinalização da suspeita sido feita principalmente à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (CPCJ) ( $n=32$ ; 76%), e 54.5% ( $n=6$ ) dos enfermeiros que não comunicaram a suspeita a alguma entidade justificam-no principalmente pelo facto de algum hierárquico superior o ter realizado e pelo receio de que a suspeita fosse infundada e não se confirmasse (54.5%,  $n=6$  e 36,4%,  $n=4$ , respetivamente). 86% ( $n=36$ ) dos enfermeiros comunicaram entre 1 a 5 casos, e 95% ( $n=40$ ) dos enfermeiros não possuía nem se encontrava a frequentar uma formação em medicina legal/ ciências forenses em algum dos momentos em que comunicou os casos de suspeita às entidades competentes.

Dos 58 enfermeiros que foram confrontados com a suspeita de OS em algum momento, 29 (50%) reconhecem que algum desses casos exigia intervenção forense urgente.

Na totalidade da amostra, relativamente à afirmação *a sinalização da suspeita de OS é o ato de comunicar o caso aos órgãos com competência em matéria de infância e juventude (ex.: CPCJ), e a denúncia o ato de dar a conhecer o caso ao Ministério Público, o que pode ser feito através dos órgãos de polícia criminal ou dos serviços médico-legais*, 80% ( $n=108$ ) dos enfermeiros consideram a afirmação verdadeira, 6% ( $n=8$ ) respondem ser falsa e 14% ( $n=19$ ) não sabem responder; 75% ( $n=91$ ) concordam totalmente com a afirmação *os profissionais de saúde têm obrigação legal de denunciar as situações de suspeita de OS de crianças e adolescentes*, e apenas 3% ( $n=4$ ) discordam totalmente; já em relação à afirmação *os profissionais de saúde têm obrigação legal de sinalizar as situações de suspeita de OS de crianças e adolescentes*, 88% ( $n=118$ ) concordam totalmente com a afirmação e apenas 1.5% ( $n=2$ ) discordam totalmente.

Na amostra, 50% ( $n=68$ ) dos respondentes afirmam ter conhecimento dos protocolos de intervenção para a deteção, acompanhamento, sinalização e denúncia das suspeitas de OS no seu local de trabalho, 41% ( $n=55$ ) respondem negativamente e 9% ( $n=12$ ) não sabem responder.



**Tabela 2** Dados sobre a *suspeita e sinalização/denúncia da ofensa sexual*

Variáveis N=135	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
<b>Suspeita(s) de OS de crianças, no âmbito da atividade profissional</b>		
Não	77	57
Sim	58	43
<b>Setor(s) onde surgiu/surgiram a(s) suspeita(s) de OS</b>		
Público	57	98.3
Privado	1	1.7
<b>A frequentar ou possuir alguma formação forense no momento da suspeita de OS</b>		
Não	54	93.1
Sim	4	6.9
<b>Fundamentação da(s) suspeita(s) de OS</b>		
Existência de determinadas lesões.	21	36.2
Inadequação da explicação ou ausência de explicação quanto ao mecanismo de produção das lesões ou data da sua produção	15	25.9
Existência de vestígios biológicos.	1	1.7
Existência de vestígios não biológicos.	2	3.4
Suspeita/existência de uma gravidez.	2	3.4
Suspeita/diagnóstico de Infecção Sexualmente Transmissível.	8	13.8
Indicadores psicológicos e emocionais da criança.	22	37.9
Comportamento sexual inadequado da criança.	12	20.7
Revelação da ofensa pela criança.	21	36.2
Revelação da ofensa por pessoa próxima da criança.	35	60.3
<b>Comunicação da suspeita de OS a algum superior hierárquico</b>		
Não	7	12.1
Algumas vezes	1	1.7
Sim	50	86.2
1 - 5 casos	43	86.0
6- 10 casos	5	10.0
>10 casos	2	4.0
<b>Comunicação da suspeita de OS a alguma entidade competente</b>		
Não	14	24.1
Sim	42	72.4
Não sabe responder	2	3.4
1 - 5 casos	36	85.7
6- 10 casos	4	9.5
>10 casos	2	4.8
<b>Entidade(s) competente(s) contactadas (principais)</b>		
Ministério Público	13	31.0
PSP/PJ/GNR	8	19.0
Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (CPCJ)	32	76.2
Instituto Nacional de Medicina Legal	10	23.8
<b>A frequentar ou possuir alguma formação forense no momento da comunicação da suspeita de OS à(s) entidades(s) competente(s)</b>		
Não	40	95.2
Sim	2	4.8
<b>Fundamentação da não comunicação da(s) suspeita(s) de OS</b>		
Receei que a suspeita fosse infundada e não se confirmasse.	4	36.4
Tem pela minha segurança e/ou da minha família.	1	9.1
Não me quis envolver em questões judiciais.	1	9.1
Outra	6	54.5
<b>Algum caso de suspeita de OS que exigisse intervenção forense urgente</b>		
Não	24	42.9
Sim	29	51.8
Não sabe responder	3	5.4
<b>Opinião sobre a afirmação A sinalização da suspeita de ofensa sexual é o ato de comunicar o caso (...) polícia criminal ou dos serviços médico-legais.</b>		
Verdadeira	108	80.0
Falsa	8	5.9
Não sabe responder	19	14.1
<b>Concordância com a afirmação Os profissionais de saúde têm obrigação legal de DENUNCIAR as situações de suspeita de ofensa sexual de crianças e adolescentes.</b>		
Discordo totalmente	4	3.0
2	1	0.7
3	12	8.9
4	17	12.6
Concordo totalmente	101	74.8
<b>Concordância com a afirmação Os profissionais de saúde têm obrigação legal de SINALIZAR as situações de suspeita de ofensa sexual de crianças e adolescentes.</b>		
Discordo totalmente	2	1.5
2	0	0.0
3	4	3.0
4	10	7.5
Concordo totalmente	118	88.0
<b>Ter conhecimento dos protocolos de intervenção, no local de trabalho</b>		
Não	55	40.7
Sim	68	50.4
Não sabe responder	12	8.9

**Abordagem à criança alegadamente vítima de ofensa sexual**

Apenas 15% ( $n=20$ ) dos enfermeiros responderam já terem efetuado ou cooperado em algum procedimento forense na abordagem à criança vítima de OS. Desta subamostra, o número de procedimentos (descritos na questão 26 do questionário) que realizou ou em que cooperou na sua realização apresenta um valor médio de 6.85 (Min=0; Max=18; SD=4.82), com uma dispersão de valores de 70%. O procedimento em que estes enfermeiros mais colaboraram foi na *identificação e descrição de lesões* (ex.: *lacerações, equimoses, edema, eritema ou cicatrizes de lesões na região anogenital*), com 75% ( $n=15$ ) de respostas. Os procedimentos menos assinalados foram a *colheita de sangue, urina, cabelo, saliva, conteúdo ou aspirado gástrico, para despiste de intoxicação, a colheita de cabelo e/ou pelos púbicos e a identificação e descrição de vestígios não biológicos* (ex.: *lubrificantes, terra, folhagem*), tendo sido obtidas apenas 3 respostas (15%) para cada um dos procedimentos.

Na amostra, a opinião sobre o número de procedimentos em que o enfermeiro com formação específica ou experiência adequada na abordagem à criança vítima de OS poderá intervir de forma imediata e autónoma apresenta um valor médio de 12.14 (Min=2; Max=19; SD=4.82) com uma dispersão de valores de 45%, sendo os procedimentos mais assinalados o *registo/documentação de aspetos relacionados com a ocorrência da OS revelado pela criança* ( $n=122$ , 90.4%); *identificação e descrição de lesões* (ex.: *lacerações, equimoses, edema, eritema ou cicatrizes de lesões na região anogenital*) ( $n=120$ , 88.9%) e o *registo/documentação de sintomatologia ou queixas físicas por parte da criança* ( $n=119$ , 88.1%). O procedimento menos assinalado foi a *garantia da cadeia de custódia* ( $n=43$ , 31.9%).

**Tabela 3** Dados sobre a *abordagem à criança alegadamente vítima de ofensa sexual*

Variáveis N=135	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
<b>Efetuar ou cooperar em algum procedimento forense na abordagem à criança vítima de ofensa sexual</b>		
Não	114	84.4
Não sabe responder	1	0.7
Sim	20	14.8
<b>Procedimentos que efetuou/participou</b>		
Registo/documentação de aspetos relacionados com a ocorrência da ofensa sexual revelado pela criança.	15	75.0
Registo/documentação de aspetos relacionados com a ocorrência da ofensa sexual relatados por pessoa próxima da criança.	11	55.0
Registo/documentação de sintomatologia ou queixas físicas por parte da criança.	13	65.0
Identificação e descrição de lesões.	14	70.0
Identificação e descrição de vestígios biológicos.	4	20.0
Identificação e descrição de vestígios não biológicos.	3	15.0
Fotodocumentação das lesões observadas ou de outros achados.	4	20.0
Recolha da roupa ou de absorventes da criança.	8	40.0
Colheita de cabelo e/ou pelos púbicos.	3	15.0
Realização de zaragatoas.	8	40.0
Colheita de material não biológico.	4	20.0
Colheita de sangue ou realização de zaragatoas bocais para amostras de referência.	4	20.0
Colheita de sangue para despiste de Infecções Sexualmente Transmissíveis.	8	40.0
Colheita de sangue ou urina para teste de gravidez.	9	45.0
Colheita de sangue, urina, cabelo, saliva, conteúdo ou aspirado gástrico, para despiste de intoxicação.	3	15.0
Identificação e acondicionamento de amostras recolhidas, referidas anteriormente.	10	50.0
Preservação das amostras recolhidas.	10	50.0
Garantia da cadeia de custódia.	6	30.0
<b>Procedimentos que realizou ou em que cooperou na sua realização</b> n=20 Média=6.85 Desvio Padrão=4.82 Coef. Variação=70% Min=0 Máx=18		
<b>Opinião sobre quais os procedimentos que o(a) enfermeiro(a) com formação específica ou experiência adequada na abordagem à criança vítima de ofensa sexual poderá intervir de forma imediata e autónoma</b>		
Registo/documentação de aspetos relacionados com a ocorrência da ofensa sexual revelado pela criança.	122	90.4
Registo/documentação de aspetos relacionados com a ocorrência da ofensa sexual relatados por pessoa próxima da criança.	104	77.0
Registo/documentação de sintomatologia ou queixas físicas por parte da criança.	119	88.1
Registo/documentação do comportamento da criança após a agressão.	113	83.7
Identificação e descrição de lesões.	120	88.9
Identificação e descrição de vestígios biológicos.	75	55.6
Identificação e descrição de vestígios não biológicos.	70	51.9
Fotodocumentação das lesões observadas ou de outros achados.	71	52.6
Recolha da roupa ou de absorventes da criança.	91	67.4
Colheita de cabelo e/ou pelos púbicos.	64	47.4
Realização de zaragatoas.	83	61.5
Colheita de material não biológico.	57	42.2
Colheita de sangue ou realização de zaragatoas bocais para amostras de referência.	77	57.0
Colheita de sangue para despiste de Infecções Sexualmente Transmissíveis.	84	62.2
Colheita de sangue ou urina para teste de gravidez.	90	66.7
Colheita de sangue, urina, cabelo, saliva, conteúdo ou aspirado gástrico, para despiste de intoxicação.	77	57.0
Identificação e acondicionamento de amostras recolhidas, referidas anteriormente.	90	66.7
Preservação das amostras recolhidas.	89	65.9
Garantia da cadeia de custódia.	43	31.9
<b>Procedimentos em que o enfermeiro com formação específica ou experiência adequada na abordagem à criança vítima de ofensa sexual poderá intervir de forma imediata e autónoma</b> n=135 Média=12.14 Desvio Padrão=5.41 Coef. Variação=45% Min=2 Máx=19		

**Perceção sobre o papel do(a) enfermeiro(a)**

A concordância de respostas é mais frequente para a afirmação *o(a) enfermeiro(a) é um elemento preponderante na garantia da proteção da criança vítima de OS, quando deteta e sinaliza a ofensa* (94.8%, n=127), e a discordância é mais frequente para a afirmação *o(a) enfermeiro(a) não necessita de complementar a sua formação para responder adequadamente, na presença de um caso de OS* (87.3%, n=117).

A afirmação *o(a) enfermeiro(a) deveria ter autonomia na execução de todos os procedimentos inerentes à abordagem da criança vítima de OS* foi a mais assinalada na opinião “não concordo nem discordo” (40%,  $n=54$ ).

Tabela 4 Dados da percepção sobre o papel do(a) enfermeiro(a)

Afirmações	1		2		3	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
O(a) enfermeiro(a) é um elemento preponderante na garantia da proteção da criança vítima de ofensa sexual, quando deteta e sinaliza a ofensa.			7	5.2	127	94.8
O(a) enfermeiro(a) adquire, na sua formação base, conhecimentos legais e procedimentais suficientes para uma correta intervenção nos casos de ofensa sexual de crianças.	108	80.0	20	14.8	7	5.2
O(a) enfermeiro(a) não necessita de complementar a sua formação para responder adequadamente, na presença de um caso de ofensa sexual.	117	87.3	9	6.7	8	6.0
O(a) enfermeiro(a) deveria ter autonomia na execução de todos os procedimentos inerentes à abordagem da criança vítima de ofensa sexual.	24	17.8	54	40.0	57	42.2
As instituições/serviços de prestação de cuidados de saúde infantis carecem de equipamento/material adequado ao exame físico e colheita de amostras, na criança vítima de ofensa sexual.	8	6.0	39	29.1	87	64.9
O(a) enfermeiro(a) possui um papel pouco ativo na resposta à criança vítima de ofensa sexual.	50	37.9	29	22.0	53	40.2
A intervenção do(a) enfermeiro(a), nos casos de ofensa sexual de crianças, encontra-se limitada pela ausência de normas que definam a mesma.	13	9.7	33	24.6	88	65.7
A eficiência na abordagem às vítimas destes crimes depende dos conhecimentos e competências que o(a) enfermeiro(a) possui.	1	0.8	15	11.3	117	88.0
A responsabilidade do(a) enfermeiro(a) não deve alhear-se das questões legais inerentes ao seu exercício profissional, no âmbito criminal.	2	1.5	13	9.7	119	88.8
Todas as questões legais inerentes ao exercício de Enfermagem deveriam ser exploradas durante a formação académica base, a fim de dotar o(a) enfermeiro(a) de conhecimentos necessários, garantindo uma resposta adequada às vítimas de diferentes tipos de cri	10	7.5	23	17.2	101	75.4
A intervenção neste tipo de crime deveria restringir-se a enfermeiros com competências adquiridas em formações específicas na área.	41	31.1	37	28.0	54	40.9
A Enfermagem Forense deveria constituir uma área de especialização.	14	10.8	23	17.7	93	71.5
O exercício da Enfermagem Forense deveria ser objeto de regulamentação própria.	3	2.3	29	22.0	100	75.8

Os valores indicados reportam-se à escala de medida: 1- Discordo; 2- Não concordo nem discordo; 3- Concordo.

## Relação entre as variáveis

Dos elementos que não possuíam nem frequentavam formação em medicina legal/ciências forenses em algum dos momentos em que suspeitaram estar perante um caso de OS, 7.4% ( $n=4$ ) possui ou encontra-se atualmente a frequentar alguma formação em medicina legal/ciências forenses, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $\chi^2=26,852$ ;  $p<0.001$ ) pelo que se pode afirmar que ter sido alguma vez confrontado com a suspeita de uma criança ser vítima de OS, no âmbito da sua atividade profissional, fez com que alguns dos enfermeiros que foram confrontados com essa situação (7.4%) frequentassem posteriormente formação em medicina legal/ciências forenses.

Comunicar as suspeitas a uma entidade competente verifica-se mais para os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional no setor público ( $\chi^2=28.491$ ;  $p=0.034$ ).

Na amostra, a percentagem de enfermeiros que comunicou os casos de suspeita a alguma entidade competente é superior para os enfermeiros que têm conhecimento dos protocolos de intervenção para a deteção, acompanhamento, sinalização e denúncia das suspeitas de OS, no seu local de trabalho, uma vez que 81% dos enfermeiros que têm conhecimento dos protocolos de intervenção comunicaram os casos de suspeita a alguma entidade competente, enquanto que 50% dos enfermeiros que não têm conhecimento dos protocolos de intervenção comunicaram os casos de suspeita a alguma entidade competente, no entanto, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, de acordo com o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2=5.557$ ;  $p=0.090$ ). Portanto, não é possível inferir que comunicar os casos de suspeita a alguma entidade competente esteja relacionado com o conhecimento dos protocolos de intervenção para a

deteção, acompanhamento, sinalização e denúncia das suspeitas de OS, no seu local de trabalho. Não existe, igualmente, relação entre os casos de ofensa exigirem intervenção forense urgente e os enfermeiros terem conhecimento dos protocolos de intervenção, no local de trabalho ( $\chi^2 = 2.576$ ;  $p=0.317$ ).

Não existe relação entre possuir formação em medicina legal/ciências forenses e comunicar as suspeitas às entidades competentes ( $\chi^2=5.849$ ;  $p=0.27$ ).

Comunicar o caso de suspeita a alguma entidade competente verifica-se mais para os casos que exigiam intervenção forense urgente ( $\chi^2=3.502$ ;  $p=0.180$ ).

Não se pode inferir que comunicar os casos de suspeita a alguma entidade competente ( $\chi^2=3.602$ ;  $p=0.149$ ) e possuir ou encontrar-se a frequentar alguma formação em medicina legal/ciências forenses ( $\chi^2=0.034$ ;  $p=0.854$ ) esteja relacionado com concordar totalmente com a afirmação *os profissionais de saúde têm obrigação legal de denunciar as situações de suspeita de OS de crianças e adolescentes* e com a afirmação *os profissionais de saúde têm obrigação legal de sinalizar as situações de suspeita de OS de crianças e adolescentes* ( $\chi^2=0.471$ ;  $p=0.790$  e  $\chi^2= 1.787$ ;  $p=0.181$ , respetivamente).

Não existe relação entre: possuir ou encontrar-se a frequentar alguma formação em medicina legal/ciências forenses no momento em que foram comunicados os casos às entidades competentes e a suspeita de OS exigir intervenção forense urgente ( $\chi^2=2.542$ ;  $p=0.292$ ); ter conhecimento dos protocolos de intervenção do local de trabalho e possuir ou encontrar-se a frequentar alguma formação em medicina legal/ciências forenses ( $\chi^2=0.730$ ;  $p=0.694$ ); e a identificação da afirmação a *sinalização da suspeita de OS é o ato de comunicar o caso aos órgãos com competência em matéria de infância e juventude (ex.: CPCJ)*, e a *denúncia o ato de dar a conhecer o caso ao Ministério Público, o que pode ser feito através dos órgãos competentes* como “Verdadeira” e possuir ou encontrar-se a frequentar alguma formação em medicina legal/ ciências forenses ( $\chi^2=3.596$ ;  $p=0.187$ ).

Ter efetuado ou cooperado em algum procedimento forense na abordagem à criança vítima de OS verifica-se mais para quem possui ou frequenta alguma formação em medicina legal/ ciências forenses ( $\chi^2=6.430$ ;  $p=0.040$ ) e o valor médio do número de procedimentos que realizou ou em que cooperou na sua realização é superior para os enfermeiros ( $n=5$ , Média=2.60, SD=3.975) que possuem ou encontram-se a frequentar alguma formação em medicina legal/ciências forenses, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $t\text{-test}=-4.245$ ,  $p=0.000$  para  $p<0.01$ ).

**Tabela 5** Relação entre possuir alguma formação em ciências forenses e participar/efetuar maior número de procedimentos médico-legais

Procedimentos médico-legais em que participou/efetuou	Formação em CF	n	% Sim	Desvio padrão	U Mann-Whitney	P
Registo/documentação de aspetos relacionados com a ocorrência da ofensa sexual revelado pela criança.	Não	15	73	46%	35	0.771
	Sim	5	80	45%		
Registo/documentação de aspetos ... com a ocorrência da ofensa sexual relatados por pessoa próxima ...	Não	15	47	52%	25	0.206
	Sim	5	80	45%		
Registo/documentação de sintomatologia ou queixas físicas por parte da criança.	Não	15	60	51%	30	0.429
	Sim	5	80	45%		
Registo/documentação do comportamento da criança após a agressão (ex.:eventuais lavagens, ...)	Não	15	0	0%	3,5	1.000
	Sim	5	0	0%		
Identificação e descrição de lesões (ex.: lacerações, equimoses, ... de lesões na região ano-genital).	Não	15	60	51%	22.5	0.099
	Sim	5	100	0%		
Identificação e descrição de vestígios biológicos (pelos, cabelos, sangue, sémen, saliva do alegado abusador).	Não	15	7	26%	17.5	* 0.012
	Sim	5	60	55%		
Identificação e descrição de vestígios não biológicos (ex.: lubrificantes, terra, folhagem).	Não	15	0	0%	15	** 0.002
	Sim	5	60	55%		
Fotodocumentação das lesões observadas ou de outros achados.	Não	15	13	35%	27.5	0.208
	Sim	5	40	55%		
Recolha da roupa ou de absorventes (ex.: fraldas, pensos higiénicos, tampões) da criança.	Não	15	33	49%	27.5	0.304
	Sim	5	60	55%		
Colheita de cabelo e/ou pelos púbicos.	Não	15	7	26%	25	0.078
	Sim	5	40	55%		
Realização de zaragatoas (ex.: pele, boca, órgãos genitais, zona subungueal).	Não	15	27	46%	17.5	* 0.040
	Sim	5	80	45%		
Colheita de material não biológico.	Não	15	7	26%	17.5	* 0.012
	Sim	5	60	55%		
Colheita de sangue ou realização de zaragatoas bocais para amostras de referência.	Não	15	7	26%	17.5	* 0.012
	Sim	5	60	55%		
Colheita de sangue para despiste de Infecções Sexualmente Transmissíveis.	Não	15	33	49%	27.5	0.304
	Sim	5	60	55%		
Colheita de sangue ou urina para teste de gravidez.	Não	15	33	49%	20	0.077
	Sim	5	80	45%		
Colheita de sangue, urina, cabelo, saliva, conteúdo ou aspirado gástrico, para despiste de intoxicação.	Não	15	7	26%	25	0.078
	Sim	5	40	55%		
Identificação e acondicionamento de amostras recolhidas, referidas anteriormente.	Não	15	33	49%	12.5	* 0.012
	Sim	5	100	0%		
Preservação das amostras recolhidas.	Não	15	33	49%	12.5	* 0.012
	Sim	5	100	0%		
Garantia da cadeia de custódia.	Não	15	13	35%	12.5	** 0.006
	Sim	5	80	45%		

\*\* diferença significativa para  $p<0.01$ \* diferença significativa para  $p<0.05$ **Tabela 6** Relação entre possuir alguma formação em ciências forenses e participar/efetuar maior número de procedimentos médico-legais (análise global)

	Formação em CF	n	Média	Desvio padrão	Teste t	P
Procedimentos que realizou ou em que cooperou	Não	15	4.93	3.348	t= -4.245	** 0.000
	Sim	5	12.60	3.975		

\*\* diferença significativa para  $p<0.01$ 

Quanto ao número de procedimentos assinalados, em que o enfermeiro com formação específica ou experiência adequada na abordagem à criança vítima de OS poderá intervir de forma imediata e autónoma, o valor médio é superior para os que possuem ou encontram-se a frequentar alguma formação em medicina legal/ciências forenses ( $n=13$ , Média=15.54, SD=4.075), sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $t\text{-test}=-2.427$ ,  $p=0.017$  para  $p<0.05$ ).

**Tabela 7** Relação entre possuir alguma formação em ciências forenses e assinalar maior número de procedimentos médico-legais em que o enfermeiro poderá intervir de forma autónoma

Procedimentos médico-legais	Formação em CF	<i>n</i>	% Sim	Desvio Padrão	<i>U</i> <i>Mann-Whitney</i>	<i>P</i>
Registo/documentação de aspetos relacionados com a ocorrência da ofensa sexual revelado pela criança.	Não	122	91	29%	742.5	0.461
	Sim	13	85	38%		
Registo/documentação de aspetos ... com a ocorrência da ofensa sexual relatados por pessoa próxima ...	Não	122	75	43%	659	0.170
	Sim	13	92	28%		
Registo/documentação de sintomatologia ou queixas físicas por parte da criança.	Não	122	89	32%	762	0.680
	Sim	13	85	38%		
Registo/documentação do comportamento da criança após a agressão (ex.:eventuais lavagens, ...)	Não	122	83	38%	717.5	0.379
	Sim	13	92	28%		
Identificação e descrição de lesões (ex.: lacerações, equimoses, ... de lesões na região anogenital).	Não	122	89	32%	763	0.681
	Sim	13	92	28%		
Identificação e descrição de vestígios biológicos (pelos, cabelos, sangue, sêmen, saliva do alegado abusador).	Não	122	54	50%	673	0.298
	Sim	13	69	48%		
Identificação e descrição de vestígios não biológicos (ex.: lubrificantes, terra, folhagem).	Não	122	51	50%	708	0.464
	Sim	13	62	51%		
Fotodocumentação das lesões observadas ou de outros achados.	Não	122	50	50%	579.5	0.066
	Sim	13	77	44%		
Recolha da roupa ou de absorventes (ex.: fraldas, pensos higiénicos, tampões) da criança.	Não	122	65	48%	574.5	* 0.045
	Sim	13	92	28%		
Colheita de cabelo e/ou pelos púbicos.	Não	122	44	50%	534	* 0.026
	Sim	13	77	44%		
Realização de zaragatoas (ex.: pele, boca, órgãos genitais, zona subungueal).	Não	122	61	49%	725	0.547
	Sim	13	69	48%		
Colheita de material não biológico.	Não	122	39	49%	556	* 0.039
	Sim	13	69	48%		
Colheita de sangue ou realização de zaragatoas bocais para amostras de referência.	Não	122	54	50%	551	* 0.035
	Sim	13	85	38%		
Colheita de sangue para despiste de Infecções Sexualmente Transmissíveis.	Não	122	60	49%	596.5	0.081
	Sim	13	85	38%		
Colheita de sangue ou urina para teste de gravidez.	Não	122	65	48%	635.5	0.150
	Sim	13	85	38%		
Colheita de sangue, urina, cabelo, saliva, conteúdo ou aspirado gástrico, para despiste de intoxicação.	Não	122	55	50%	618.5	0.129
	Sim	13	77	44%		
Identificação e acondicionamento de amostras recolhidas, referidas anteriormente.	Não	122	65	48%	635.5	0.150
	Sim	13	85	38%		
Preservação das amostras recolhidas.	Não	122	62	49%	494	** 0.007
	Sim	13	100	0%		
Garantia da cadeia de custódia.	Não	122	27	45%	397.5	** 0.000
	Sim	13	77	44%		

\*\* diferença significativa para  $p<0.01$ \* diferença significativa para  $p<0.05$ **Tabela 8** Relação entre possuir alguma formação em ciências forenses e assinalar maior número de procedimentos médico-legais em que o enfermeiro poderá intervir de forma autónoma (análise global)

	Formação em CF	<i>n</i>	Média	Desvio padrão	Teste <i>t</i>	<i>p</i>
Nº de procedimentos em que o enfermeiro com formação específica ou experiência adequada na abordagem à criança vítima de OS intervir de forma imediata e autónoma?	Não	122	11.78	5.417	$t = -2.427$	* 0.017
	Sim	13	15.54	4.075		

\* diferença significativa para  $p<0.05$ 

Relativamente às opiniões acerca da perceção sobre o papel do(a) enfermeiro(a), as diferenças entre os grupos apenas são significativas para a afirmação o(a) *enfermeiro(a) deveria ter autonomia na execução de todos os procedimentos inerentes à abordagem da criança vítima de OS*, em que a concordância é superior para os enfermeiros que possuem ou encontram-se a frequentar alguma formação em medicina legal/ciências forenses, sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $U=436$ ,  $p=0.004$ , para  $p<0.01$ ).

**Tabela 9** Relação entre possuir alguma formação em ciências forenses e a concordância das opiniões

Opiniões	Formação em CF	n	% Sim	Desvio padrão	U Mann-Whitney	p
O(a) enfermeiro(a) é um elemento preponderante na garantia da proteção da criança vítima de ofensa ...	Não	121	2.94	.234	741	0.375
	Sim	13	3.00	.000		
O(a) enfermeiro(a) adquire, na sua formação base, conhecimentos legais e procedimentais ...	Não	122	1.27	.561	681.5	0.232
	Sim	13	1.08	.277		
O(a) enfermeiro(a) não necessita de complementar a sua formação para responder adequadamente, ...	Não	121	1.19	.521	747.5	0.612
	Sim	13	1.15	.555		
O(a) enfermeiro(a) deveria ter autonomia na execução de todos os procedimentos inerentes à abordagem ...	Não	122	2.19	.731	436	** 0.004
	Sim	13	2.77	.599		
As instituições/serviços de prestação de cuidados de saúde infantis carecem de equipamento/material ...	Não	121	2.59	.601	756.5	0.788
	Sim	13	2.62	.650		
O(a) enfermeiro(a) possui um papel pouco ativo na resposta à criança vítima de ofensa sexual.	Não	119	2.03	.878	763	0.932
	Sim	13	2.00	1.000		
A intervenção do(a) enfermeiro(a), nos casos de ofensa sexual de crianças, encontra-se limitada ...	Não	121	2.58	.655	676.5	0.323
	Sim	13	2.38	.768		
A eficiência na abordagem às vítimas destes crimes depende dos conhecimentos e competências que ...	Não	120	2.86	.373	676	0.162
	Sim	13	3.00	.000		
A responsabilidade do(a) enfermeiro(a) não deve alhear-se das questões legais inerentes ao seu ...	Não	121	2.87	.386	755	0.665
	Sim	13	2.92	.277		
Todas as questões legais inerentes ao exercício de Enfermagem deveriam ser exploradas durante ...	Não	121	2.68	.595	729	0.566
	Sim	13	2.69	.751		
A intervenção neste tipo de crime, deveria restringir-se a enfermeiros com competências adquiridas em ...	Não	119	2.06	.837	565.5	0.090
	Sim	13	2.46	.877		
A Enfermagem Forense deveria constituir uma área de especialização.	Não	117	2.61	.669	731	0.773
	Sim	13	2.62	.768		
O exercício da Enfermagem Forense deveria ser objeto de regulamentação própria.	Não	120	2.73	.501	657	0.503
	Sim	12	2.83	.389		

\*\* diferença significativa para  $p < 0.01$ 

## DISCUSSÃO

No Reino Unido, em 2010, foi realizado um estudo na área de Saúde Mental e Psiquiátrica – *Forensic Learning Disability Nursing Skills and Competencies: A Study of Forensic and Non-Forensic Nurses* - que teve como objetivo identificar e estabelecer as diferenças entre as competências dos enfermeiros com formação forense e as competências dos enfermeiros que não possuem formação forense. A colheita de dados foi realizada através de um questionário, cuja identificação dos principais problemas que estes enfermeiros encontram na sua prática, das competências necessárias para superá-las e a opinião sobre alguns princípios a desenvolver no futuro, permitiram estabelecer diferenças significativas entre os dois grupos em alguns aspetos da sua prática profissional. As principais diferenças entre os grupos relativamente à perceção do papel e das competências no âmbito da prestação de cuidados a utentes com défice cognitivo, verificou-se quanto ao facto de os enfermeiros com formação forense terem uma intervenção essencialmente clínica (ex.: gestão da violência, controlo de medicação) e os enfermeiros sem formação forense, uma intervenção essencialmente relacional (ex.: abordagem psicológica, estabelecimento de relação de empatia e compreensão) (Mason T, 2010).

Em Portugal, até ao momento, não existem estudos publicados sobre o conhecimento das competências e perceções dos enfermeiros relativamente aos problemas legais de natureza forense, inerentes ao exercício das suas funções.

Os resultados deste estudo revelam que, relativamente à *suspeita e sinalização/denúncia* dos casos de OS de crianças, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os enfermeiros que possuem alguma formação forense e os que não possuem. A maior parte (72%,  $n=42$ ), confrontados com as suspeitas de OS, comunicaram os casos a alguma entidade competente. Segundo a literatura, apenas 16%



a 32% dos casos de OS são reportados às autoridades (Ciancone AC e col., 2000). O facto de possuir alguma formação forense não foi preponderante para a sua comunicação, o que sugere que os enfermeiros portugueses possuem um papel ativo na sinalização da suspeita de OS, tendo a mesma sido feita principalmente às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (CPCJ) (76%,  $n=32$ ). Num estudo longitudinal realizado numa escola norte-americana, 88% dos jovens revelaram terem sido vítimas de algum tipo de OS, tendo 66% das vítimas do sexo feminino relatado abusos com violência física associada (Smith PH e col., 2003). O facto de a comunicação da suspeita a alguma entidade competente se ter verificado mais para os enfermeiros a exercer funções no setor público poderá indicar que estes estão bem advertidos da sua obrigação de comunicar as suspeitas deste tipo de crime público, de acordo com a legislação. Estes dados são de extrema relevância, uma vez que só a denúncia ou sinalização da suspeita de OS poderá evitar a continuidade da situação de vitimização (Magalhães T e col., 2010). De acordo com a literatura, para cada denúncia ou sinalização de uma suspeita de OS às entidades competentes, há 50,8% de probabilidade de existir a detenção do seu agressor (Pyrek KM, 2006). Hutson L (2002) afirma que a implementação dos programas de formação em sexologia forense, para enfermeiros, poderá ter conduzido ao aumento da taxa de detenções de agressores sexuais, nos EUA.

A comunicação do caso de suspeita a alguma entidade competente verificou-se mais para os casos que exigem intervenção forense urgente. A este propósito importa realçar que a literatura indica que, apesar da elevada frequência de casos em que não existem indicadores físicos e/ou biológicos de OS, pelos menos 4% das ofensas apresentam indicadores sugestivos da sua ocorrência (Heger A e col., 2002 cit in Magalhães T e col., 2010).

A identificação dos casos que exigem intervenção forense urgente não foi superior para os enfermeiros com formação forense, pelo que se pode inferir que os diversos enfermeiros portugueses estão despertos para a possibilidade de existirem vestígios físicos e/ou biológicos na criança vítima de OS e reconhecem a importância de garantir uma resposta atempada a estes casos. De acordo com a literatura, 75% das vítimas de OS têm como primeiro contacto os profissionais de saúde dos serviços de urgência (Ledray L, 1992). Os programas americanos de sexologia forense para enfermeiros definem como base da sua intervenção a abordagem forense imediata e compassiva às vítimas de OS, no sentido de reduzir a vitimização secundária (Lynch VA, 2006).

Os resultados indicaram que a opinião dos enfermeiros sobre a obrigação de sinalização e de denúncia da suspeita de OS não interfere na decisão de comunicação da mesma à entidade competente, e o facto de não existir relação direta entre possuir formação forense e concordar totalmente com o dever de sinalização e de denúncia, sugere que a opinião sobre o mesmo é unânime. A maior parte dos enfermeiros portugueses (80%,  $n=108$ ), conhece o significado dos termos “sinalização” e “denúncia”, e o facto de possuir formação forense não é significativo para esse conhecimento. Estes resultados são relevantes, pois a correta orientação destas vítimas e a articulação entre os profissionais envolvidos são fundamentais para garantir a sua proteção, bem como o desenvolvimento de um adequado processo de investigação criminal (Magalhães T e col., 2010).

Os resultados revelaram, ainda, que os enfermeiros com formação forense não estão mais informados sobre os protocolos de intervenção no local de trabalho do que os enfermeiros sem formação, o que poderá indicar que a implementação dos mesmos, no local de trabalho, foi realizada de forma eficiente, estando os

enfermeiros envolvidos ativamente. Isto poderá justificar, igualmente, o facto de o conhecimento dos protocolos de intervenção, no local de trabalho, não ser superior para os enfermeiros que identificaram os casos de intervenção forense urgente. Nos EUA, os hospitais possuem gabinetes jurídicos que podem providenciar aconselhamento e assistência legal aos enfermeiros que se vêm confrontados com questões que não estão abrangidas pelos regulamentos ou protocolos internos (Lynch VA, 2006).

De um modo geral, os enfermeiros portugueses, perante uma suspeita de OS de crianças, consideram ter o conhecimento suficiente para o encaminhamento destas vítimas às entidades competentes, através da sua sinalização/denúncia correta e atempada. Além disso, o confronto com alguma suspeita de OS levou alguns enfermeiros a frequentar formação em ciências forenses/medicina legal, o que poderá indicar que estes profissionais pretendem aprofundar os seus conhecimentos e adquirir melhores competências para intervir adequadamente nas situações de OS de crianças. Cohen L e col. (1996) concluíram que 56 % dos clínicos e 63% dos enfermeiros não tiveram qualquer tipo de instrução forense durante a sua formação académica base, nos EUA. Efetivamente, o reconhecimento da necessidade de formação especializada para os enfermeiros que na sua prática profissional contactam com vítimas de trauma e de violência, e consequentemente da necessidade de interdisciplinariedade na abordagem a estas vítimas, com padronização dos procedimentos de natureza forense, constituiu o primeiro impulso na incorporação destes temas no ensino da enfermagem (Freedburg P, 2008).

As diferenças entre os grupos verificaram-se fundamentalmente na *abordagem à criança vítima de OS*. Apenas 15% dos enfermeiros ( $n=20$ ) já participaram em procedimentos médico-legais, verificando-se tal mais nos respondentes com formação forense que, inclusivamente, participaram em maior número de procedimentos e assinalaram maior número de procedimentos relativamente aos quais consideram que o enfermeiro com formação específica poderá intervir autonomamente. Estes resultados sugerem que o enfermeiro com formação forense pode possuir mais competências para a colaboração nestes procedimentos e que se reconhecerá mais idoneidade aos enfermeiros com formação específica para intervir de forma autónoma. De acordo com vários estudos norte-americanos, verificou-se que os procedimentos relacionados com a colheita de vestígios são mais completos e precisos quando realizados por enfermeiros com formação forense, designadamente na abordagem às vítimas de ofensa sexual (SANE), comparativamente com enfermeiros sem formação, o que sugere que possuir formação especializada é preponderante para uma abordagem forense eficiente a estas vítimas (Sievers V e col., 2003; Ledray LE, Simmelink K, 1997). DiNitto e col. (1986) afirmou que o Ministério Público se encontrava satisfeito com as provas recolhidas por enfermeiros com formação técnica específica e prática forense. O facto de apenas uma minoria dos enfermeiros participantes no estudo terem colaborado, alguma vez, nos procedimentos descritos no questionário, poderá indicar que estes, em Portugal, são pouco intervenientes em procedimentos de natureza forense, e que existe a necessidade de os dotar de conhecimentos e competências, assim como de definir o seu papel, na abordagem forense, designadamente com crianças vítimas de OS. Cohn F e col. (2002) afirmam que maior parte dos prestadores de cuidados de saúde não estão devidamente informados sobre a correta abordagem à vítima de OS, relativamente à colheita de vestígios.

Nas opiniões acerca da *perceção sobre o papel do enfermeiro*, verificou-se pouca divergência na concordância das afirmações entre os enfermeiros com formação forense e os enfermeiros sem formação

forense. A opinião da generalidade dos respondentes indica que o enfermeiro poderá ser um elemento preponderante na abordagem à criança vítima de OS. Consideram que não adquirem na sua formação base conhecimentos forenses e experiência suficientes e, portanto, que necessitam de complementar a sua formação. Consideram, ainda, que a sua intervenção se encontra limitada pela ausência de normas, as quais se deveriam dirigir ao enfermeiro com formação específica na área, devendo a EF constituir uma especialização em Portugal, com regulamentação própria. Um estudo norte-americano, realizado num hospital em Ontário, permitiu concluir que os enfermeiros com formação forense na abordagem às vítimas de OS (*SANE*) providenciam um atendimento mais atempado a estas vítimas e igualmente eficiente (Stermac L, Stirpe T, 2002). No nosso trabalho, as diferenças significativas entre os grupos em estudo ( $p<0.01$ ) surgiram apenas no que se refere à afirmação de que os enfermeiros deveriam ter autonomia na execução dos procedimentos relacionados com a abordagem à criança vítima de OS, com maior concordância para os enfermeiros que possuem formação forense. Este resultado sugere que os enfermeiros com formação específica e, portanto, sendo detentores de conhecimentos na abordagem às vítimas de OS, têm uma perspetiva diferente sobre o papel do enfermeiro na abordagem forense, ao entenderem que estes profissionais de saúde poderão reunir todas as condições técnicas e humanas para intervir autonomamente em determinados procedimentos forenses. Num estudo realizado em Ontário, verificou-se que as opiniões dos enfermeiros com formação forense na abordagem às vítimas de ofensa sexual (*SANE*) variam significativamente dos enfermeiros sem formação, quanto a questões relacionadas com a prática de colheita de vestígios biológicos (DuMont J, Parnis D, 2003).

Existem algumas limitações neste estudo. Desde logo, o conceito de competências é abstrato e estão implícitas, aqui, apenas as capacidades técnicas e práticas e não as qualidades pessoais e individuais de cada um dos enfermeiros. A generalização dos resultados para a população geral de enfermeiros poderá estar condicionada, uma vez que os respondentes foram sujeitos voluntários, e nesse caso, há a possibilidade de as conclusões apenas se aplicarem aos mesmos e não a essa população em geral, uma vez que os voluntários são pessoas mais motivadas para participar no estudo, e provavelmente, mais envolvidas no tema/área de estudo, logo, este viés pode estar presente.

## CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos para este estudo e os resultados obtidos foi possível concluir que:

- a) Os enfermeiros portugueses estão informados sobre o encaminhamento das crianças vítimas de OS, relativamente à sinalização e denúncia da suspeita ( $\chi^2=3.596$ ;  $p=0.187$ ), e possuem um papel ativo na sua sinalização (72%);
- b) Estes enfermeiros possuem um papel pouco ativo e cooperante na abordagem forense à criança vítima de OS (15%) e são percecionadas diferenças significativas entre os profissionais que possuem formação na área forense e os que não possuem, relativamente às suas competências para cooperação nos procedimentos forenses ( $t\text{-test}=-4.245$ ,  $p=0.000$  para  $p<0.01$ );
- c) Os enfermeiros demonstram sentir uma clara necessidade de se promover programas de formação específica e/ou especializada em matéria forense (87.3%), para desenvolver capacidades e competências técnicas, científicas e humanas, enquanto elementos de uma equipa multidisciplinar,

de forma a assegurar uma abordagem correta e articulada destes casos. A aplicação das ciências forenses à prática de enfermagem permitirá um papel interventivo destes profissionais de saúde, representando uma nova perspetiva na abordagem holística das questões legais inerentes à prestação de cuidados à criança vítima de OS.

## **Agradecimentos**

Expresso o mais profundo agradecimento à Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Teresa Magalhães e à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Maria Piedade Pinto, pela orientação, colaboração, disponibilidade e apoio, tornando possível a concretização deste trabalho de investigação.

Agradeço à Ordem dos Enfermeiros, pela sua colaboração, através da divulgação deste trabalho de investigação na sua página oficial *online*.

Agradeço a todos os docentes da Universidade do Porto que lecionaram os diversos módulos do 2º ciclo de estudos, pela partilha do seu conhecimento, sabedoria e experiência.

Agradeço, também, aos profissionais da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, especialmente à Dr.<sup>a</sup> Maria João Alves, pela sua disponibilidade e prontidão, aos colegas do Mestrado em Ciências Forenses, pela simpatia, troca de impressões e apoio, e a todos os colegas enfermeiros inquiridos, cuja participação tornou possível o desenvolvimento desta investigação.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- American Nurses Association, International Association of Forensic Nurses. Forensic nursing: *scope and standards of practice*. CNPE. Washington DC; 2008.
- BouHaidar R, Ruddy JE, Ruddy GN. Forensic web watch – forensic nursing. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 2004; 11: 220–222.
- Ciancone AC, Wilson C, Collette R. Sexual assault nurse practitioner programs in the United States. *Annals of Emergency Medicine* 2000; 35(4): 353-357
- Cohen L, Donohue J, Kovener MA. SANE approach to treating sexual assault survivors in Colorado: Utilizing sexual assault nurse examiners. *Colorado Coalition Against Sexual Assault*. Denver; 1996.
- DiNitto D, Martin PY, Norton DB, Maxwell, MS. After rape: Who should examine rape survivors? *American Journal of Nursing* 1986; 86 (5): 538–540.
- Du Mont J, Parnis D. Forensic Nursing in the Context of Sexual Assault: Comparing the Opinions and Practices of Nurse Examiners and Nurses. *Applied Nursing Research* 2003; 16 (3): 173-183.
- Fagan MM, Houmes BV, Quintana NM. Establishing a sexual assault nurse examiner (SANE) program in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine* 2003; 25:111–121.
- Freedburg P. Integrating forensic nursing into the undergraduate nursing curriculum: A solution for a disconnect. *Journal of Nursing Education* 2008; 47(5): 201–208.

- Hutson LA. Development of sexual assault nurse examiner programs. *Emergency Nursing* 2002; 37: 79–88.
- Jackson J. The evolving role of the forensic nurse. *American Nurse Today* 2011; 6 (11): 42-43.
- Ledray L. The sexual assault nurse clinician: Minneapolis' 15 years experience. *Journal of Emergency Nursing* 1992; 18(3): 217-222.
- Ledray LE, Simmelink K. Efficacy of SANE evidence collection: A Minnesota study. *Journal of Emergency Nursing* 1997; 23 (1): 75–77.
- Lynch VA. Forensic nursing *with Janet Barber Duval*. Mosby Elsevier. St Louis MO, United States of America; 2006: 3-21, 279-307, 561-645
- Lynch VA. Forensic nursing science: Global strategies in health and justice. *Egyptian Journal of Forensic Sciences* 2011; 1: 69–76.
- Lynch VA, Duval JB. Forensic Nursing Science, 2th ed. Mosby Elsevier. Missouri; 2010.
- Magalhães T. Abuso de crianças e jovens: *da suspeita ao diagnóstico*. Magalhães T (Ed), Lidel. Lisboa; 2010: 25, 137-143, 147-148.
- Magalhaes T, Carneiro de Sousa MJ, Gomes da Silva A e col.. Child abuse: a preliminary study, *Journal of Clinical Forensic Medicine* 1998; 5: 176-182.
- Magalhães T, Taveira F, Jardim P, Santos L, Matos E, Santos A. Sexual abuse of children: A comparative study of intra and extrafamilial cases. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2009; 16:455–459.
- Mason T. Forensic Learning Disability Nursing Skills and Competencies: A Study of Forensic and Non-Forensic Nurses. *Issues in Mental Health Nursing* 2010; 31:708–715.
- McGillivray B. The role of Victorian emergency nurses in the collection and preservation of forensic evidence: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing* 2005; 13: 95–100.
- Pyrek KM. Forensic Nursing. CRC Press - Taylor & Francis Group. Boca Raton; 2006: 1-22, 23-32, 43-80, 97-141.
- Rutty JE. Review Article: Does England Need a New Genesis of Forensic Nursing?. *Forensic Science, Medicine, and Pathology* 2006; 2(3): 149-155.
- Sharma BR. Clinical forensic medicine-management of crime victims from trauma to trial. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 2003; 10: 267–273.
- Sievers V, Murphy S, Miller JJ. Sexual Assault Evidence Collection More Accurate When Completed by Sexual Assault Nurse Examiners: Colorado's Experience. *Journal of Emergency Nursing* 2003; 29 (6): 511-514.
- Smith PH, White JW, Holland LJ. A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. *American Journal of Public Health* 2003; 13(2): 1104-1109
- Stermac L, Stirpe T. Efficacy of a 2-year-old Sexual Assault Nurse Examiner Program in a Canadian Hospital. *Journal of Emergency Nursing* 2002; 28 (1): 18-23.
- Stobo, JD, Salmon ME, Cohn F. Confronting Chronic Neglect: The Education and Training of Health Professionals on Family Violence. Cohn F (Ed). National Academy Press. Washington DC; 2002.
- Taylor WK. Collecting evidence for sexual assault: the role of the sexual assault nurse examiner (SANE). *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002; 78 (1): 91–94.

- Wilkinson AK. Forensic nursing educational development: an integrated review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2011; 18: 236–246.